

GE_GERICHTE A/1519/2001 vom 12. Mai 2004

GE Cour de justice, 2004-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1519_2001

FR: GE_GERICHTE A/1519/2001 du 12 mai 2004

IT: GE_GERICHTE A/1519/2001 del 12 maggio 2004

Erwägungen

E. 4

ème chambre du 12 mai 2004 En la cause Monsieur N _____ , recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE , rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 intimé EN FAIT Monsieur N _____, né septembre 1958, célibataire de nationalité suisse, a travaillé en tant que centraliste d'alarme la nuit pour l'entreprise X de 1989 à 1995. Le 5 avril 1995, il s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) pour un gain assuré mensuel de 3'024 fr. Après avoir travaillé six mois en tant que surveillant de musée au Musée du 16 juin au 16 décembre 1997 (emploi temporaire), son gain assuré était de 3'276 fr. (pièces 3 à 7 , fourre 5 OCAI). Le 21 septembre 1999, il a été en incapacité totale de travailler suite à une faiblesse des membres inférieurs, des lombalgies de longue date, des diarrhées et des céphalées. Le 22 septembre 1999, la doctoresse A, spécialiste en neuroradiologie, a effectué une Imagerie par résonance magnétique (IRM) sur requête du médecin traitant de l'assuré, le docteur B. Elle a conclu à des données IRM dorsales de D1 à D12 sans anomalie notable (pièces 1 et 2, fourre 3 OCAI). Du 4 au 19 janvier 2000, l'assuré a séjourné à la clinique et policlinique de neurologie (département de neurosciences cliniques et de dermatologie) l'établissement hospitalier. Les docteurs C et D ont diagnostiqué une probable polyneuropathie toxico-carentielle, un abus chronique d'alcool avec stéatose alcoolique, une hépatite C et une otite moyenne séreuse bilatérale (pièce 7, fourre 3 OCAI). Le 2 juin 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente (pièce 1, fourre 2 OCAI). Le 12 juin 2000, le docteur B a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une myopathie probablement toxico-carentielle, une polyneuropathie modérée, un alcoolisme et une hépatite C. Le praticien a relevé qu'il estimait encore nécessaire de procéder à un examen médical complémentaire de l'incapacité de travail. Son patient présentait notamment des difficultés pour se baisser, pour effectuer des mouvements des membres ou du dos, pour travailler en hauteur et pour les déplacements sur sol irrégulier ou en pente (pièces 10 et 11, fourre 3 OCAI). Le 22 novembre 2000, les docteurs E, médecin assistant, et F, médecin associé, de la division de pathologie clinique d'établissement hospitalier, ont diagnostiqué une atteinte myopathique modérée après avoir réalisé une biopsie sur le patient (pièce 12, fourre 3 OCAI). Dans un rapport intermédiaire du 4 décembre 2000, le médecin traitant a encore expliqué que la capacité de travail exigible était de 0 % dans la mesure où l'assuré avait encore trop mal et se sentait faible. Le praticien avait également remarqué une absence de motivation (pièce 14, fourre 3 OCAI). Le 3 juillet 2001, le docteur G, chef de clinique à la policlinique de médecine des ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, agissant comme centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI), a rendu un rapport d'expertise après avoir examiné l'assuré à plusieurs reprises. Hormis ses propres consultations, il s'était également basé sur le rapport de gastroentérologie et d'hépatologie

du docteur H du 11 juin 2001, celui de la consultation d'alcoologie du docteur I du 2 juillet 2001 et celui de neurologie des docteurs J et K du 5 avril 2001. Il a diagnostiqué des troubles de la sensibilité et de la force des membres inférieurs sur probable polyneuropathie toxico-carentielle, un éthylysme chronique, une stéatose hépatique macrovasculaire, une hépatite C chronique active, une cirrhose hépatique, une lombo-sacralgie chronique non déficitaire, une hernie hiatale ainsi que des diarrhées chroniques d'origine indéterminée. Sur ces diagnostics, seuls l'éthylysme chronique, les troubles sensitivomoteurs des membres inférieurs, la diarrhée chronique et les lombalgies de longue date avaient une répercussion sur la capacité de travail. La faiblesse des membres inférieurs empêchait un travail physique régulier. Le patient pouvait être en position debout statique au maximum 15 à 30 minutes d'affilée et la position assise demeurait possible environ 6 heures par jour. Le patient restait capable d'effectuer un travail intellectuel, par exemple la rédaction d'un texte, qu'il peut exercer à son domicile et à son rythme à lui. La position debout était possible 1 à 2 heures par jour, avec un maximum de 15 minutes dans la même position. Le déplacement au lieu de travail était très difficile et empêchait la récupération physique. Le périmètre de marche demeurait limité à environ 150 mètres. L'ancienne activité de l'assuré, soit gardien dans la centrale d'alarme d'une entreprise de sécurité semblait toujours possible, avec les limitations concernant le déplacement et liées à l'éthylysme chronique. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et la capacité de travail pouvait être améliorée par un sevrage alcoolique et un enseignement de type « école du dos ». Une activité adaptée pouvait être exercée à raison de 3 à 6 heures par jour (pièce 22, fourre 3 OCAI). Dans une note interne du 16 juillet 2001, le docteur L, médecin-conseil de l'OCAI, a expliqué que l'éthylysme avec les troubles neurologiques avaient entraîné une incapacité de travail totale depuis septembre 1999 mais que l'assuré avait diminué sa consommation d'alcool, ce qui avait certainement permis une amélioration de l'état de santé. Au moment de l'expertise, il existait une capacité de l'ordre de 50 % dans un poste tel que déjà exercé, bien que le temps proposé par les experts, soit entre 3 et 6 heures par jour, dépende des contraintes physiques (pièce 24, fourre 3 OCAI). Par projet du 21 août 2001, l'OCAI a expliqué à l'assuré qu'il serait mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité du 21 septembre 2000 au 30 septembre 2001 et d'une demi-rente dès le 1er octobre 2001. En ce qui concernait d'éventuelles mesures professionnelles, elles lui étaient refusées dans la mesure où il pouvait reprendre une activité déjà exercée dans le passé à 50 % (pièce 2, fourre 1 OCAI). Par courrier du 13 septembre 2001, l'assuré s'est opposé au projet en soulignant que la maladie neurologique n'allait nullement vers l'amélioration, mais plutôt vers une péjoration. Il en avait discuté avec son médecin traitant, le docteur B, qui n'envisageait pas encore une reprise d'emploi (pièce 3, fourre 1 OCAI). Par courrier du 1er octobre 2001, le docteur B a expliqué qu'il ne comprenait pas pourquoi l'incapacité de travail avait été réduite de 100 % à 50 % puisque, du point de vue neurologique, le patient se trouvait en statu quo. Lors de l'expertise, l'assuré avait vu plusieurs spécialistes aux ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, dont le docteur M, lequel avait réalisé un examen neurologique très approfondi le 18 avril 2001 et avait conclu à des signes de polyneuropathie axonale des membres inférieurs. D'un point de vue subjectif, les troubles étaient d'ailleurs toujours ressentis par le patient. Il n'était cependant pas exclu que, vu la réduction de consommation d'alcool, la symptomatologie puisse progresser par la suite (pièce 25, fourre 3 OCAI). Dans une note interne du 16 novembre 2001, le docteur L a relevé que l'assuré avait été évalué par une expertise multidisciplinaire récente qui avait conclu à une capacité de travail de l'ordre de 50 %. Aucun élément de nature fonctionnelle

nouveau n'avait été signalé depuis et un nouvel examen ne se justifiait pas dès lors qu'il avait été évalué globalement récemment (pièce 26, fourre 3 OCAI). Par décisions des 8 et 22 octobre 2001, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'283 fr. du 1er septembre 2000 au 30 septembre 2001, puis une demi-rente d'invalidité d'un montant de 658 fr. dès le 1er octobre 2001. La motivation des décisions était la même que celle du projet de décision du 21 août 2001 (pièces 5 à 8, fourre 1 OCAI). Par courrier du 12 novembre 2001, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en expliquant en substance qu'il lui était impossible de travailler du fait de ses diverses atteintes à la santé et que son état ne s'était pas amélioré, bien au contraire. Il concluait implicitement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Par préavis du 29 janvier 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en arguant du fait que leurs décisions étaient basées sur l'expertise du 3 juillet 2001 effectuée par les spécialistes de **ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER**, laquelle n'était pas critiquable car répondant aux critères posés par la jurisprudence en la matière. Par courrier du 11 juillet 2002, l'assuré a persisté dans les termes de son recours en soulignant que son état de santé s'était péjoré depuis avril 2001. Il a produit un rapport du docteur M du 13 juin 2002 indiquant que les résultats étaient identiques aux précédents, à savoir qu'il existait une atteinte nerveuse périphérique, principalement axonale et motrice, bien régénérative mais toujours active. Le tableau clinique et électrophysiologique était bien celui d'une polyneuropathie axonale motrice des membres inférieurs de sévérité modérée, ne se traduisant que par très peu d'anomalies neurographiques. On notait cependant une augmentation des anomalies EMG enregistrées par rapport à l'examen du mois d'avril 2001. Sur le plan étiologique, on relevait la persistance d'une certaine consommation alcoolique. Par duplique du 19 juillet 2002, l'OCAI a également persisté dans ses conclusions en relevant que le docteur L, auquel le cas avait derechef été soumis le 18 juillet 2002, avait même estimé que, globalement, l'état de santé s'était un peu amélioré. Par courrier du 27 juillet 2002, l'assuré a encore expliqué avoir fait une crise d'épilepsie en août 2001 durant laquelle il s'était déchiré les tendons de l'épaule gauche et ne s'être pas encore remis totalement. Appelé à se déterminer, l'OCAI a répondu le 9 août 2002 qu'elle persistait intégralement dans ses conclusions. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961 (RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du

Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai utiles, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) alors applicables. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain le recourant subit en raison d'une atteinte à sa santé physique et psychique et quel est le taux d'invalidité qui en découle. 4a. L'art. 4 al.1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353). 4b. En l'espèce, le recourant estime qu'il est totalement incapable de travailler en se fondant principalement sur l'opinion de son médecin traitant, le docteur B, neurologue. L'office intimé relève au contraire qu'il est capable de travailler dans son ancienne activité à 50 %, soit à raison d'environ 4 heures par jour en se basant sur le rapport d'expertise du docteur G des ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER du 3 juillet 2001. Force est de reconnaître que ce point de vue est exact au vu de la jurisprudence susmentionnée. En effet, dans ledit rapport d'expertise, le docteur G a notamment souligné que l'ancienne activité de l'assuré, soit gardien dans la centrale d'alarme d'une entreprise de sécurité semblait toujours possible, avec certaines limitations concernant le déplacement et d'autres liées à l'éthylisme chronique. Une activité adaptée pouvait être exercée à raison de 3 à 6 heures par jour et des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, la capacité de travail pouvant par ailleurs être améliorée par un sevrage alcoolique et un enseignement de type « école du dos » (pièce 22, fourre 3 OCAI, p. 6 et ss.). L'expertise réalisée par ce praticien est en tout point conforme à la jurisprudence : elle a été établie par un spécialiste reconnu, le docteur G étant chef de clinique aux ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, et sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier (le rapport se base notamment sur les rapports des docteurs H de la division de gastroentérologie et d'hépatologie des ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, I de l'unité d'alcoologie et J et K de la clinique et policlinique de neurologie). L'expert est parvenu à un résultat convaincant qui ne saurait être remis en doute par la seule opinion du médecin traitant dont les constatations quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont

d'ailleurs une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504). Si, postérieurement aux décisions litigieuses, l'état de santé du recourant s'est aggravé, il lui sera possible de déposer, le cas échéant, une demande de révision auprès de l'intimé. Au vu de ces éléments, le recours doit dès lors être rejeté et les décisions de l'OCAI confirmées.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.